

Sofia Daniela Alves Almeida

Considerações acerca da Violência Doméstica

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Sofia Daniela Alves Almeida

Considerações acerca da Violência Doméstica

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Sofia Daniela Alves Almeida

Considerações acerca da Violência Doméstica

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para
obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Resumo

A violência doméstica tem vindo a ganhar maior forma e importância ao longo dos tempos. Como crime público que é, espera-se que seja notificado em maior número, contribuindo para que hajam menos casos de omissão. Este tipo de comportamento expressa-se de diversas formas, desde a violência psicológica e emocional, à física e à sexual, englobando ainda a negligência. Pode atingir qualquer classe social e económica, assim como qualquer idade, género ou afinidade populacional. Como resultado, pode apresentar diversas manifestações, quer físicas quer psicológicas, contribuindo na alteração do comportamento futuro da vítima podendo torná-la mais vulnerável e potencial agressora. Assim, é de extrema importância a intervenção dos profissionais de saúde, força policial e de justiça, em casos como estes, sendo essencial seguir-se uma conduta específica e eficaz, nomeadamente no papel do Médico Dentista no que toca ao diagnóstico das ocorrências, notificação e possível tratamento das lesões se necessário e indicado.

Palavras-chave: violência doméstica, violência intrafamiliar, violência contra a mulher, abusos em crianças e adolescente, legislação médico-legal, médico dentista forense, manifestações orais

Abstract

Over the time domestic violence has gradually gain shape and importance. Being a public crime, it is expected an increased number of reports, thus avoiding omission of cases. This kind of crime may be expressed in several forms, such as, psychological and emotional to physical and sexual violence, or even negligence. Moreover it can come across any type of social and economic class, age, gender or ethnical background. Therefore, domestic violence presents different manifestations, for instance physical and psychological, which influence the victim behaviour on the future, and might result not only in increased vulnerability but serve as a contributor for the creation of potential aggressors. Consequently, the intervention of health professionals and legal forces is essential and should follow a specific and effective conduct, including the medical dentist, whose role comprises on the, report of occurrences, establishment of diagnosis and suitable treatment.

Key-words: domestic violence, intimate partner violence, violence against women, prevalence, childhood abuse, advocacy, mental health, forensic dentistry

Agradecimentos

À Universidade Fernando Pessoa, instituição que me proporcionou uma formação de excelência a todos os níveis.

A todo o conceituado corpo docente que transmitiu e partilhou conhecimentos quer científicos quer do fórum de experiências vivenciadas e aos colegas de curso que me acompanharam ao longo desta importante etapa.

À Mestre Inês Guimarães, pela sua incansável coordenação, tempo dispensado, rigor científico e exigência que me permitiu evoluir e atingir patamares superiores tanto como estudante/profissional como a nível pessoal, para que num futuro próximo continue a exigir mais de mim mesma de modo a ter sucesso na minha prática e na toma de decisões, estabelecendo prioridades.

A todo o corpo docente da Pós-graduação em Ciências Forenses, Investigação Criminal e Comportamento Desviante, nomeadamente ao Senhor Professor Doutor José Pinto da Costa, coordenador científico do Instituto CRIAP, contribuindo para o vasto conhecimento que adquiri neste âmbito, motivando-me para a escolha do tema de dissertação, permitindo que a realização desta se desse de um modo mais assertivo.

À Mestre Maria Queirós, que mesmo de uma forma indireta, me aconselhou e disponibilizou parte do seu tempo neste projeto.

Ao Dr. Nuno Miranda e à Dra. Patrícia Faria, responsáveis pelo atendimento de clínicas, que foram incansáveis ao longo da prática clínica, abordando os alunos sempre com simpatia, disponibilidade e dedicação.

À minha binómia Alice Martins, indiscutivelmente amiga que esteve presente desde o início desta etapa, pela sua lealdade, prontidão e ajuda, mesmo em momentos difíceis.

À minha amiga e colega de curso Cristina Gomez, por todo o apoio académico e amizade demonstrada.

À Beatriz Vásquez, pela ajuda prestada e tempo dispensado na elaboração deste projeto e por toda a sua energia e boa disposição que me proporcionou.

Ao Abel Martins que pela sua simplicidade e honestidade tornou momentos de maior tensão em situações de descontração.

A toda a minha família, sempre presente, quer de um modo afetivo, educacional e económico, acompanhando-me e incentivando-me incondicionalmente.

Ao meu irmão, pelo apoio que demonstrou ao longo das minhas escolhas, pela sua disponibilidade em dispensar uma palavra de conforto e força, pela capacidade e aptidões que tem que me fazem segui-lo como exemplo.

Aos meus pais, sem eles nunca teria sido possível alcançar esta formação, por todo o seu apoio, que mesmo em momentos de dificuldade nunca abdicaram da minha educação, pelo seu esforço em proporcionarem-me a conclusão desta etapa, pelas suas palavras de conforto e incentivo, pelo seu interesse no meu progresso académico e escolhas profissionais e pessoais.

A eles lhes dedico esta tese e expresso a minha eterna gratidão.

Índice

Índice de tabelas	vii
Lista de abreviaturas e siglas.....	viii
I - Introdução.....	1
II - Desenvolvimento.....	4
1. Materiais e Métodos	4
2. Violência Doméstica – História e Contextualização	5
3. Tipos.....	6
3.1. Violência Física.....	8
3.2. Violência Psicológica.....	9
3.3. Violência Sexual	11
3.4. Negligência.....	12
3.5. Violência Moral.....	13
3.6. Violência Social	14
3.7. Violência Patrimonial.....	14
4. Vítimas	15
4.1. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes	15
4.1.1. Manifestações Psicológicas.....	16
4.1.2. Manifestações de Violência Física.....	17
4.1.3. Manifestações de Violência Sexual.....	18
4.2. Violência contra a Mulher.....	20
4.2.1. Formas de Abuso.....	21
4.2.2. Fatores que culminam na Violência Doméstica	22
4.2.3. Fatores que condicionam a manutenção da relação conflituosa.....	23
4.2.4. Reação à Agressão	24
4.3. Violência contra o Deficiente e o Idoso	25
4.3.1. Fatores de Risco	26
4.4. O Doente Mental como Agressor e Vítima	26
5. Uso de Substâncias Ilícitas	28
6. Prevalência	30
7. Intervenção do Médico Dentista.....	35
7.1. Manifestações Oraís do Abuso Físico	36
7.2. Manifestações Oraís do Abuso Sexual.....	40
7.3. Manifestações Oraís da Negligência Dentária	41
7.4. Diagnóstico e Identificação dos Casos	41
7.5. Documentação dos Procedimentos Efetuados.....	43

8. Apresentação Legal	45
8.1. Legislação sobre a Violência Doméstica - Código Penal Português.....	46
9. Discussão.....	48
III - Conclusão.....	51
IV - Bibliografia.....	52

Índice de tabelas

Tabela 1- Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Galvão e Andrade, 2004.

Tabela 2- Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Garcia *et al.*, 2004.

Tabela 3- Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Schraiber, D'Oliveira e Couto, 2006.

Tabela 4- Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Deslandes, Gomes e Silva, 2000.

Tabela 5- Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Garcia *et al.*, 2008.

Tabela 6- Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Rezende *et al.*, 2007.

Lista de abreviaturas e siglas

ONU: Organização das Nações Unidas

OMS: Organização Mundial de Saúde

UE: União Europeia

EM: Estados-Membros

CAM: Centro de Atendimento à Mulher

EUA: Estados Unidos da América

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

APAV: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

HPV: Vírus do Papiloma Humano

INML: Instituto Nacional de Medicina Legal

I - Introdução

A violência é considerada por muitos autores um fenômeno bastante complexo e de difícil abordagem, podendo ser entendida como toda a ação que fira susceptivelmente o ser humano (Garcia *et al.*, 2008).

Quer seja de uma forma física ou psicológica, causa por vezes danos irreversíveis, que podem ser praticados por qualquer indivíduo, independentemente da afinidade populacional, classe social, gênero e idade (Rezende *et al.*, 2007).

Existe uma maior taxa de prevalência em vítimas do gênero feminino, nomeadamente em mulheres adultas, sendo normalmente os homens os principais agressores, na grande maioria maridos ou companheiros. Tais situações ocorrem fundamentalmente no ambiente doméstico (Webermann, Brand e Chasson, 2014).

Contudo, este tipo de violência também se expressa frequentemente em crianças. Dependendo da cultura de cada país, os pais ou responsáveis tendem a tomar atitudes que por vezes não são as mais corretas no que respeita ao direito da criança, o que aos olhos destes se trata apenas de um modo de educar (Saliba *et al.*, 2007).

Também a violência sexual está usualmente presente no que respeita ao abuso de menores, apesar de poucos estudos existentes neste âmbito. Contudo sabe-se que o diagnóstico e a identificação destes casos torna-se mais difícil devido a lesões físicas escondidas, uma vez que só é possível a sua visualização se os encarregados de educação se dirigirem aos cuidados de saúde com os filhos lesados (Araújo, 2002).

É, portanto, de extrema importância estar-se atento a qualquer tipo de indícios que possam estar na base de tais abusos, tais como lesões físicas (hematomas, marcas de mordida, traumatismos, lacerações dos tecidos moles e duros), o tipo de comportamento e a postura da criança (Massoni *et al.*, 2010).

Cabe aos profissionais de saúde, quando deparados com situações semelhantes, estarem preparados técnica e psicologicamente para que possam agir de uma forma correta e objetiva de modo a tirarem melhor partido de um processo judicial (Silva *et al.*, 2010).

Os idosos, pelas suas vulnerabilidades, tornam-se cada vez mais dependentes de outros. Ora a família, numa primeira fase, é quem à partida dará assistência dentro dos conhecimentos e afetividade que tem. Se por um lado é nesta fase de vida que eles mais precisam de apoio, por outro é quando mais depressa são submissos a situações de violência e negligência. O fardo de “carregar” uma pessoa doente, provoca a dispensa de tempo por parte de quem cuida, tempo esse por vezes inexistente. Também o fator económico está bem patente neste panorama, havendo por vezes um abuso de poder por parte dos responsáveis. Contudo, este tipo de violência não está, de todo, igualmente livre de acontecer em instituições ou lares em que os idosos estejam (Lash e Pillemer, 2004).

Um doente mental pode facilmente ser uma vítima, tendo em conta os cuidados, tratamentos e medicação que requer, podendo também ele por vezes encarnar o papel de agressor. Neste caso é necessário submete-lo a um plano de tratamento que deve ser continuado e individualizado para que não ocorram recidivas, quer a curto quer a longo prazo, o que muitas vezes fica aquém do desejável por falta de recursos ou acompanhamento (Day *et al.*, 2003).

Este tema tem sido um enorme paradigma no que diz respeito àquilo que se deve ou não fazer, tanto como profissionais de saúde assim como cidadãos, visto a violência doméstica ser um crime público. Todavia, a sociedade ainda se depara com inúmeras barreiras que por vezes impedem a identificação de tais situações, a sua sinalização e formalização, de modo a prevenir, diagnosticar e tratar este tipo de ocorrências (Minayo *et al.*, 2004).

Neste sentido, rege-se a minha motivação por este tema, em que para além do foco principal, serão abordadas questões como os tipos de violência doméstica, os tipos de vítimas e as mais afetadas, condutas a ter na prevenção, durante e após a ocorrência, bem como a componente ético-legal daí exigida.

O presente trabalho tem como objetivo a revisão sistemática do enquadramento e evolução da violência doméstica, dando especial relevância às manifestações orais que daí advêm.

II - Desenvolvimento

1. Materiais e Métodos

Foi efetuada uma pesquisa de artigos científicos publicados entre 1984 e 2014, utilizando os motores de busca PubMed, B-On, Elsevier e Scielo, dos quais se obtiveram 97 artigos tendo sido excluídos 37, com as seguintes palavras-chave: “violência doméstica”, “violência intrafamiliar”, “violência contra a mulher”, “abusos em crianças e adolescentes”, “legislação médico-legal”, “médico dentista forense”, “manifestações orais” e a combinação entre elas.

Os artigos incluídos respeitavam os objetivos pretendidos, incluídos nas palavras-chave, e obtidos na sua versão completa nos idiomas Português, Espanhol e Inglês.

Como critérios de exclusão apresentam-se os artigos científicos, não completos, escritos noutros idiomas e que não apresentavam informação adicional relevante.

2. Violência Doméstica – História e Contextualização

Desde o final da década de 80, a violência tem-se vindo a mostrar um problema cada vez mais acentuado, tornando-se um verdadeiro tema de discussão no que toca à saúde coletiva, pois tudo o que representa uma ameaça à vida integra-se no conceito de Saúde Pública (Garbin *et al.*, 2006).

A violência contra a mulher tem tomado diferentes denominações ao longo do tempo. Durante a primeira metade do século XX foi referenciada como intrafamiliar e nos anos 70 passou a titular-se de “violência contra a mulher”. Já na década de 80, generalizou-se esta denominação para violência de género, pois passou-se a considerar uma prática não só por homens contra mulheres, como por mulheres contra homens, cujo objetivo é o mesmo: afirmar as suas identidades masculinas e femininas (Rezende *et al.*, 2007).

A violência tem vindo a demonstrar maior grau de preocupação a todos os níveis sociais, “requerendo a mobilização de redes de apoio interinstitucionais e intersectoriais, das quais o setor de saúde também deve participar” (Nunes, Sarti e Ohara, 2008).

Nas sociedades primitivas, a mulher era considerada um ser submisso, inferiorizada perante o homem e sem quaisquer direitos. Assim, a “violência contra a mulher é uma questão sociocultural” (Garbin *et al.*, 2006).

Segundo Azambuja e Nogueira (2010) apesar de se utilizar a palavra violência, esta nem sempre é referida “àquela vivida por mulheres no contexto de relacionamentos íntimos mas também à praticada no contexto doméstico contra crianças, adolescentes, idosos ou pessoas portadoras de deficiências”. Constata assim que a violência doméstica não tem sido vista como um verdadeiro problema de Saúde Pública no contexto português.

3. Tipos

Entende-se por violência intrafamiliar “(...) toda a ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue” (Day *et al.*, 2003).

Segundo o Diário da República (1ª série – nº 253-31 de Dezembro de 2013), a violência de género rege-se por uma grave violação dos direitos humanos, nomeadamente das mulheres, uma vez ser o grupo mais afetado, tal como foi definido na Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1995. Em 2003 foi assumido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como também ela um grave problema de Saúde Pública.

De modo a tentar eliminar todas as formas de violência contra a mulher, vários têm sido os esforços e recomendações de organismos europeus e internacionais ao longo da última década. Portugal foi, inclusive, o primeiro país da União Europeia (UE) a ratificar a Convenção do Conselho da Europa para a prevenção e o combate à violência doméstica (Convenção de Istambul) em 5 de Fevereiro de 2013. Com esta convenção o Conselho da Europa e os seus 47 Estados-Membros (EM) assumem o propósito de se “criar uma Europa livre de violência contra as mulheres e de violência doméstica”. Como reforço, assume-se ainda, segundo o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (2014-2017), uma mudança de paradigma nas políticas públicas nacionais de combate a qualquer tipo de violência dos direitos humanos, onde estão incluídos os diversos tipos de violência de género, como a violência doméstica (Diário da República, 2013).

As diferentes formas de violência, como os maus tratos físicos e psicológicos expressam-se diariamente no âmbito familiar, como resultado de uma luta de poderes, onde a mulher se situa num plano inferior ao homem, quer histórica ou culturalmente (Garbin *et al.*, 2006).

Nesse âmbito, constitui um elevado grau de abuso nas relações familiares (Sarti, 2005).

Tais situações promovem nas crianças e adolescentes vítimas dessa violência repetida e intencional, a reprodução dessas vivências em relações sociais futuras, que tendem a ver como padrões a seguir, o que pode “acompanhar a família de geração em geração”, constituindo-se na generalidade da violência (Caminha, 2000).

A vítima de violência doméstica pode ser alvo de variados fatores, distinguindo-se principalmente no meio intrafamiliar a violência psicológica como o menosprezo, a ameaça e a inferiorização, a sexual e a física que inclui qualquer comportamento ou atitude que fira a sua integridade ou saúde (Silva *et al.*, 2010).

Um dos problemas no âmbito das relações familiares é o “silêncio e invisibilidade que envolve a questão da violência contra a mulher”. Existe portanto dificuldade em encarar tal situação, quer por parte da vítima, quer dos profissionais de saúde devido ao “não reconhecimento de que a violência é um problema de atenção à saúde” (Galvão e Andrade, 2004).

As mulheres, quer adultas quer adolescentes, de classes sociais baixas, não são as únicas vítimas deste problema, pois tal violência é independente do estado económico, afinidade populacional, idade e escolaridade, podendo encontrar-se uma elevada incidência em classes sociais altas. Este fenómeno está presente em todos os tipos de cultura, nível financeiro, sendo praticado em qualquer fase da vida, seja por conhecidos, estranhos ou parentes (Rezende *et al.*, 2007).

Segundo Minayo (2004) a violência trará sequelas no modo e qualidade de vida da vítima, exigindo portanto uma especial atenção e cuidado dos serviços de saúde em resultado das lesões morais, psíquicas e físicas.

Este tipo de crime pode apresentar diversas formas, sendo um fenómeno que atinge diversas sociedades. A sua prática e gravidade tem levado a que em muitos países sejam tomadas medidas de controlo e prevenção, para que seja possível dar uma resposta positiva a tais atos (Galvão e Andrade, 2004).

3.1. Violência Física

O uso de arma ou instrumento, ou qualquer outro meio de força, com o intuito de causar dano noutra pessoa, podendo provocar lesões internas ou externas, é considerado violência física (Day *et al.*, 2003).

Também Garcia *et al.*, (2008) define a violência física como qualquer tipo de ação que ofenda a saúde corporal e a integridade da vítima.

Num estudo efetuado por Brito *et al.*, (2005) verifica-se que este tipo de violência é a mais notificada, estando presente em 58% dos casos, o que pode ser justificado pela fácil identificação de marcas visíveis no corpo. Tal não ocorre quando o tipo de violência é, por exemplo, psicológica, apresentando uma percentagem de notificação de 4%, salvo quando associada a outras formas, como a negligência, com 34,5%.

Segundo o Centro de Atendimento à Mulher (CAM – programa da Secretaria Municipal da Mulher da Prefeitura do Município de Londrina), a violência física é avaliada segundo os seguintes critérios (Galvão e Andrade, 2004):

- Lesões corporais;
- Homicídio;
- Ameaça à integridade física.

Webermann, Brand e Chasson (2014) revelam que num estudo efetuado nos Estados Unidos da América (EUA):

- Uma em cada quatro mulheres são abusadas fisicamente de uma forma severa (no caso dos homens há uma proporção de um para sete);
- Uma em cada cinco mulheres são violadas (no caso dos homens temos uma proporção de um para setenta e um).

Segundo o mesmo estudo, a mulher é afetada em maior escala com 81% e o homem com 35%.

3.2. Violência Psicológica

Qualquer ação ou omissão que tenda a provocar danos no desenvolvimento da pessoa, na autoestima ou na identidade inclui-se no fenómeno de violência psicológica (Day *et al.*, 2003).

Garcia *et al.*, (2008) vai mais ao pormenor e conceitua este tipo de violência como qualquer conduta que prejudique a autoestima e provoque danos emocionais, influencie o pleno desenvolvimento ou que vise a controlar os seus passos, atitudes, decisões e crenças, mediante:

- Constrangimento;
- Humilhação;
- Manipulação;
- Isolamento;
- Vigilância constante;
- Perseguição;
- Insulto;
- Chantagem;
- Ridicularização;
- Exploração;
- Controlo de dinheiro;
- Controlo de telemóveis;
- Companhias/amizades.

Galvão e Andrade (2004) classifica a violência emocional como:

- Tortura psicológica;
- Ameaça verbal;
- Indução ao suicídio;
- Constrangimento ilegal;
- Infidelidade ou adultério;
- Negação da paternidade e atos destrutivos;
- Controlo e perseguição.

Acrescenta ainda que mulheres que sofrem de violência doméstica estão muito mais predispostas a desenvolverem problemas psicológicos, como:

- Nervosismo;
- Esquecimento;
- Sentimentos de insegurança;
- Transtorno de sono.

Além disso, estas vítimas estão também expostas a situações como:

- Abortos;
- Violência sexual;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), pelo facto de não se sentirem capazes e confiantes de exigirem aos parceiros o uso de contraceptivos.

A nível epidemiológico, Webermann, Brand e Chasson (2014) encontram uma percentagem semelhante entre homens e mulheres vítimas de violência psicológica, de acordo com dados de um estudo Americano, referenciado anteriormente.

3.3. Violência Sexual

Qualquer ação que envolva força física, psicológica ou uso de armas e/ou drogas para obrigar a outra pessoa à realização de práticas sexuais, é definida como violência sexual (Day *et al.*, 2003).

O abuso sexual pode envolver contato sexual com ou sem penetração ou atos em que não há contato sexual, como o voyeurismo e o exibicionismo. Este tipo de abuso pressupõe uma disfunção a três níveis (Gabel, 1997):

- Poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco);
- Confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor);
- O uso delinquente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem de propriedade sobre o seu corpo.

Referenciando diretamente o abuso sexual infantil, este é uma forma de violência que envolve poder, coação e/ou sedução, envolvendo duas desigualdades básicas: de gênero e geração. Este tipo de abuso é frequentemente praticado sem o uso da força física, raramente deixando marcas visíveis, o que dificulta a sua comprovação, principalmente quando se trata de crianças pequenas (Araújo, 2002).

Garcia *et al.*, (2008) referencia a violência sexual como qualquer conduta que:

- Constranja a presenciar, a manter ou a participar na relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força;
- Induza a comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que impeça a vítima de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação;
- Limite ou anule o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Segundo o CAM, a violência sexual engloba os seguintes parâmetros (Galvão e Andrade, 2004):

- Atentado violento ao pudor;
- Sedução;
- Violação;
- Rapto;
- Atos libidinosos;
- Assédio sexual;
- Incesto.

Homens e mulheres vítimas de violência sexual, referem que os agressores foram predominantemente homens. O mesmo não acontece na violência emocional e física. Neste caso, os homens citam principalmente as mulheres como agressoras, e as mulheres os homens.

3.4. Negligência

A negligência é definida segundo Day *et al.*, (2003) como a omissão de responsabilidade de um ou mais membros familiares em relação a outro, principalmente a quem mais necessita de ajuda por questões de idade ou condição física, seja ela temporária ou permanente.

Delfino *et al.*, (2005) realizou um estudo que visava analisar a concepção dos pais, de diferentes camadas sociais, a respeito da violência doméstica contra crianças, cuja definição de negligência se constatou desconhecida pela grande maioria (58,3%), problemática que muitos especialistas atribuem a pais de classes economicamente baixas, enquanto na classe média esta é conhecida por 83% dos inquiridos. Neste contexto destaca-se a importância da existência de estudos capazes de esclarecer as diferenças entre uma família que não dispensa cuidados alimentares aos seus educandos, assim como uma adequada forma de os vestir por falta de condições, e aquela que mesmo dispondo de recursos, não o faz, sendo considerada negligente.

Segundo Brito *et al.*, (2005) as crianças do género feminino são submetidas a situações de violência com maior frequência que as do género masculino, representando 60% do total de notificações. A negligência é a única modalidade de violência em que o género masculino apresenta maior índice, associando-se em maior escala à mãe como agressora, com 27% de notificações, estabelecendo-se uma reduzida incidência no caso do pai, com 5%. Estes números podem ser justificados pelo facto de ser a mãe quem está fisicamente mais próxima da criança, responsabilizando-se pelo cuidado afetivo e educacional dos filhos. Tal proximidade pode ainda favorecer a ocorrência de situações de violência, visto que a mãe é apontada neste estudo como aquela que mais agride os filhos no ambiente doméstico. Por outro lado, a violência sexual com uma prevalência de 29% é, na maioria das vezes, praticada pelo pai e dirigida às filhas, o que reflete a forma como a questão de género se manifesta no ambiente doméstico.

No entanto, esse mesmo estudo apresenta outras percentagens de notificação quando associada a negligência a outras formas de violência. Quando em parceria com a violência física, 13,5% é cometida pela mãe e 16% pelo pai e no caso de se correlacionar com a psicológica apresenta uma prevalência de 4,5%, também ela praticada pela progenitora. Uma vez que esta forma de violência se define pela omissão no trato dos cuidados e necessidades da criança, o reconhecimento da ausência de condições económicas por parte de certas famílias, dificulta inúmeras vezes um julgamento preciso entre a prática abusiva e a impossibilidade de prover a atenção.

3.5. Violência Moral

Corresponde a agressões associadas à ofensa, à honra e à violência social que engloba as discriminações (Galvão e Andrade, 2004 e Garcia *et al.*, 2008):

- Calúnia;
- Difamação;
- Injúria.

3.6. Violência Social

Segundo Galvão e Andrade (2004), a violência social rege-se por uma série de discriminações à vítima, sendo elas:

- Discriminação de gênero;
- Discriminação ideológica;
- Discriminação racial;
- Discriminação de idade;
- Discriminação da condição física.

3.7. Violência Patrimonial

Conduta ilegítima que resulte em “perda, retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos económicos, incluindo os destinados a satisfazer as suas necessidades” (Garcia *et al.*, 2008).

4. Vítimas

Em Portugal, desde a década de 90 que têm sido adotadas várias iniciativas de modo a lidar com o problema da violência doméstica, o qual é visto como um grave problema de Saúde Pública pela OMS e outras organizações internacionais. Verifica-se um aumento no registo de casos, facto que representa, mais do que um aumento na incidência, uma maior visibilidade do fenómeno (Azambuja e Nogueira, 2010).

É no espaço doméstico que a violência é mais praticada, devido à ignorância e indiferença da sociedade para com as agressões no âmbito familiar. Neste parâmetro, o domínio masculino é visto aos olhos dos outros como algo normal, cuja naturalidade dificulta a reação e a rutura por parte das vítimas que vivenciam tais atos. O ultrapassar do problema implica, deste modo, um olhar sobre as crenças e valores socialmente estabelecidos (Galvão e Andrade, 2004).

4.1. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes

A violência doméstica é um fenómeno universal e endémico, pois independentemente das diferentes culturas, classes sociais, género ou etnia, as crianças e adolescentes são vítimas do dia-a-dia (Day *et al.*, 2003).

Grande parte das crianças são sujeitas a agressões. O uso da força é ainda muito utilizado por parte dos pais na educação dos filhos e portanto visto como algo normal. Muitos pais apoiam esse tipo de atitude pois veem tais situações como ações preventivas, o que pode tornar-se um hábito na educação e promover uma violência doméstica crónica. Isto terá grande impacto na vida futura da criança ou adolescente e despoletará também neles comportamentos violentos a curto ou longo prazo (Saliba *et al.*, 2007).

Um dos fatores predisponentes aos maus-tratos é o choro e o grito incontrolláveis da criança, nomeadamente, as mais pequenas (entre 3 ou 4 anos de idade).

Brito *et al.*, (2005) segundo estudo efetuado que visava avaliar o conhecimento e a prática dos maus-tratos em crianças por parte das famílias, estabeleceu os seguintes fatores desencadeantes:

- 58% referem os conflitos do casal como contributo para o desencadear da violência;
- 51% culpabilizam as próprias características da criança ou adolescente;
- 49% atribuem ao histórico de vida dos pais;
- 40% associam a violência ao facto de terem dificuldades em colocar limites nas atitudes e maneira de estar dos próprios filhos;
- 32% afirmam que o alcoolismo foi um dos fatores desencadeantes;
- 25% referem fatores socioculturais;
- 25% justificam com a falta ou excesso de trabalho;
- 21% outros fatores;
- 9% outras drogas.

No que respeita aos abusos estão incluídos (Massoni *et al.*, 2010):

- Negligência (abandono e não fornecimento de necessidades básicas);
- Abuso físico (“(...) quando uma criança é vítima de danos ou corre risco de danos por ser agredida pela mão ou outro objeto” pelos responsáveis);
- Abuso emocional (é também um aspeto bastante presente, incluindo atos que podem desencadear desordens emocionais a longo prazo, tais como:
 - Isolamento social;
 - Rejeição;
 - Humilhação;
 - Punições não físicas inadequadas (por exemplo, ser amarrado).
- Abuso sexual.

4.1.1. Manifestações Psicológicas

As manifestações psicológicas podem resultar em danos imediatos ou tardios (Day *et al.*, 2003):

Danos imediatos:

- Pesadelos repetitivos;
- Ansiedade;
- Raiva;
- Culpa;
- Vergonha;
- Medo do agressor e/ou da pessoa do mesmo gênero;
- Quadros fóbico-ansiosos e depressivos agudos;
- Queixas psicossomáticas;
- Isolamento social e sentimentos de estigmatização.

Danos tardios:

- Aumento significativo da incidência de transtornos psiquiátricos;
- Dissociação afetiva;
- Ideia suicida e fobias mais agudas;
- Níveis intensos de ansiedade, medo, depressão, isolamento, raiva, hostilidade e culpa;
- Cognição distorcida, tais como sensação crônica de perigo e confusão, pensamento ilógico, imagens distorcidas do mundo e dificuldade em perceber a realidade;
- Redução na compreensão de papéis complexos e dificuldade para resolver problemas interpessoais.

4.1.2. Manifestações de Violência Física

Os maus-tratos infantis surgem principalmente no ambiente familiar, passando por traumas, queimaduras e lacerações dos tecidos moles e duros, hematomas e marcas de mordida (Massoni *et al.*, 2010).

Em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, o local mais afetado pela violência física é a pele, cujas lesões podem ir desde a vermelhidão, a hematomas e a equimoses, até queimaduras de 1º a 3º grau (Day *et al.*, 2003).

4.1.3. Manifestações de Violência Sexual

Muitas vítimas no que respeita ao abuso sexual, não apresentam sinais evidentes associados, sendo necessária uma imediata identificação e notificação dos maus-tratos infantis na proteção da criança (Massoni *et al.*, 2010).

No entanto, vários autores referenciam alguns sinais físicos que os profissionais de saúde consideram como indicativos do abuso, tais como:

Houston, Launer e Roberts (1990) e Berkowitz (1995):

- Lesões no hímen;
- Corrimento;
- Cortes;
- Cicatrização.

Muram (1995) e Ferreira (2002):

- Confirmação laboratorial de doença venérea;
- Marcas de mordidas na pele;
- Cortes recentes ou cicatrizados na mucosa vaginal, que se estende à cavidade retal;
- Presença de esperma.

Vitiello e Coelho (1998) e Ferreira (2002):

- Lesões orais;
- Lesões periorais;
- Lesões na pele;

- Lesões ano-genitais;
- Sinais de violência física (hematomas, queimaduras);
- Infecções ano-retais ou orofaríngeas de etiologia possivelmente venérea.

Loredó, Trejo e Bustos (1999):

- Presença de sangue, sêmen e cabelo do agressor no corpo da vítima.

As lesões no hímen e vaginais são os sinais mais destacados pelos autores como presença de abuso, sendo essencial considerar e notificar a sua localização específica e o tipo de lesão (abertura alargada do hímen, cortes, cicatrizes) para a realização de um correto diagnóstico (Souza, Assis e Alzuguir, 2002).

Este tipo de manifestações de violência sexual pode expressar-se a curto e a longo prazo (Day *et al.*, 2003):

Curto prazo:

- Atividade masturbatória compulsiva;
- Distúrbios de sono, aprendizagem, alimentação e conduta isolada;
- Banhos frequentes;
- Sintomas psicóticos;
- Quadros ansiosos, obsessivo-compulsivos, depressão;
- Expressões repetidas através de gestos;
- Sentimentos de rejeição, confusão, humilhação, vergonha e medo.

Longo prazo:

- Abuso de álcool e outras drogas;
- Promiscuidade;
- Disfunções sexuais;
- Coitofobia;

- Disfunções menstruais;
- Imagem corporal pobre;
- Sexualização ou abuso dos seus filhos;
- Comportamento auto e heterodestruutivo;
- Baixa autoestima e culpa;
- Sentimentos de vergonha e traição;
- Distúrbios psiquiátricos;
- Homossexualismo.

4.1.4. Manifestações de Negligência

A violência e a negligência está para muitas crianças presentes no dia-a-dia, principalmente em casa. A função dos pais ou responsáveis seria protegê-las ao invés de optarem por medidas abusivas, muitas vezes como método educativo (Massoni *et al.*, 2010).

Segundo Day *et al.*, (2003) a falta de uma alimentação adequada, a não providência de cuidados médicos e de proteção das crianças, a perda de documentos, o atraso nas vacinas ou deixarem as crianças sozinhas, são atos constituintes de negligência.

4.2. Violência contra a Mulher

A violência constitui um crime de Saúde Pública e portanto cada vez toma mais importância nesta área profissional, existindo inúmeros programas sociais, no sentido de obter melhores resultados no que diz respeito à identificação das causas, ao tratamento imposto, à punição dos agressores e principalmente para que casos como estes não voltem a acontecer ou diminuam (Silva *et al.*, 2010).

Segundo Garbin *et al.*, (2006) inclui-se na violência contra a mulher qualquer ação ou conduta baseada no gênero, tanto na esfera pública como na privada, que cause morte, danos físicos, sexuais ou psicológicos.

Dados revelam que a população feminina, tanto adulta como infantil é a mais afetada, sendo a violência praticada nos mais diversos e variados países, o que permite concluir que se trata de um problema endêmico (Galvão e Andrade, 2004).

Uma em cada três mulheres já foi vítima desta prática, seja a nível sexual ou de outra forma de abuso ao longo da vida, cujo agressor, normalmente é um membro da própria família (Day *et al.*, 2003).

Devido a manifestações psicológicas e/ou físicas que apresentam, as mulheres em situação de violência procuram com maior frequência os serviços de saúde, ao invés das que não se encontram na mesma circunstância (Schraiber, D'Oliveira e Couto, 2006).

O ambiente doméstico por ser um local privado e de difícil interferência por parte de outras pessoas, torna o local de eleição do agressor, uma vez que este conta apenas com a vergonha e o medo da vítima em denunciá-lo (Galvão e Andrade, 2004).

Normalmente a vítima mulher é considerada culpada pela agressão e a indiferença e o preconceito por parte dos profissionais de saúde provocam-lhe uma nova ofensa (Herrera e Agoff, 2006).

4.2.1. Formas de Abuso

O abuso pode apresentar diferentes formas, sendo elas (Day *et al.*, 2003):

- Agressões físicas:

- Golpes e murros;
- Tentativas de estrangulamento e queimaduras;
- Ameaças de ferir as crianças ou outros membros da família.

- Abuso psicológico:

- Menosprezo;
- Intimidações;
- Humilhações constantes.

- Coerção sexual

- Comportamento de controlo:

- Isolamento forçado da mulher em relação à sua família e amigos;
- Vigilância constante das suas ações e restrição de acesso a recursos variados.

4.2.2. Fatores que culminam na Violência Doméstica

Naidoo (2000), Johnson (2002) e Dubowitz e Bennet (2007), referem alguns perfis psicossociais dos agressores que podem indicar possíveis fatores de risco:

- História de abuso;
- Negligência quando criança;
- Falta de suporte social;
- Isolamento social;
- Expectativas frustradas em relação à criança;
- Paternidade / maternidade muito jovem;
- Comprometimento mental;
- Depressão e reversão do papel pai-filho no relacionamento com a criança.

Vários são os fatores que estão na base da violência doméstica (Day *et al.*, 2003):

Fatores pessoais do agressor:

- Ser homem;

- Ter presenciado violência conjugal quando criança;
- Ter sofrido abuso quando criança;
- Pai ausente;
- Consumo de bebidas alcoólicas e/ou drogas.

Fatores de risco da relação:

- Conflito conjugal;
- Controle masculino da riqueza e da tomada de decisões na família.

Fatores da comunidade:

- Pobreza e desemprego;
- Associação a amigos delinquentes;
- Isolamento das mulheres e famílias.

Fatores da sociedade:

- Normas socioculturais que concedem aos homens o controle sobre o comportamento feminino;
- Aceitação da violência como forma de resolução de conflitos;
- Conceito de masculinidade ligado à dominação, honra ou agressão.

4.2.3. Fatores que condicionam a manutenção da relação conflituosa

Muitas são as vítimas que não denunciam o agressor, apresentando como motivos a vergonha perante a família e a sociedade, ou simplesmente por não reconhecerem a situação em que vivem como ato de violência e condenação. Uma das causas mais presente que leva à não denúncia do sucedido por parte da vítima, e portanto à manutenção da relação é a condição financeira. A acompanhar esta causa existe também o fator medo, bem como a impunidade e o comprometimento emocional (Galvão e Andrade, 2004).

Por vezes a má prática por parte dos profissionais de saúde, como a falta de preparação, o receio, conhecimento reduzido, ou até mesmo o preconceito, tornam-se obstáculos na obtenção da justiça, visto em algumas situações as próprias vítimas serem consideradas causadoras dos acontecimentos que levaram à violência (Garbin *et al.*, 2006).

São vários os fatores que regem a manutenção da relação (Day *et al.*, 2003):

- Repetição de modelo familiar/parental violento;
- Vivências infantis de maus-tratos, negligência, rejeição, abandono e abuso sexual;
- Casamento como forma de fugir da situação familiar de origem, sendo o parceiro e relacionamento idealizados;
- Sintomas depressivos;
- Sentimento de responsabilidade pelo comportamento agressivo do companheiro;
- Ausência de uma rede de apoio eficaz no que se refere à moradia, escola, creche, saúde, atendimento policial e da justiça.

Garcia *et al.*, (2008) num estudo que efetuaram referem que 33,8% das mulheres vítimas de violência doméstica, mantêm o relacionamento com os companheiros/maridos após sofrerem agressões, sejam elas físicas, sexuais ou psicológicas, pois têm como base a esperança de que a situação conjugal melhore.

4.2.4. Reação à Agressão

Diversas são as formas de reação à agressão por parte das mulheres; sendo limitadas pelos recursos que têm disponíveis no momento, umas fogem e outras submetem-se às exigências que lhes são feitas (Day *et al.*, 2003).

Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), perante a vitimação a vítima vai experimentando diversos estadios:

- Negação (a vítima sente choque, confusão e descrença);
- Cólera ou raiva (a vítima riposta com violência);

- Negociação (a vítima prevê futuros atos violentos);
- Depressão (a vítima tem comportamentos autodestrutivos ou ideias suicidas);
- Transição (a vítima tem percepção do risco que corre);
- Aceitação (a vítima assume finalmente controlo da sua vida, tomando decisões relativamente ao futuro).

4.3. Violência contra o Deficiente e o Idoso

O envelhecimento populacional, mundialmente registado a partir da segunda metade do século XX, é um dos fenómenos mais importantes do período da história contemporânea, pelo impacto que traz às organizações sociais tanto a nível económico como social (Queiroz, Lemos e Ramos, 2010).

O século XX caracterizou-se ainda, além das consequências do envelhecimento populacional, pelo agravamento da questão da violência, e a partir dos anos 80 a violência passou a ser considerada um problema de saúde pública. Com o aumento da idade, os idosos passam a necessitar de mais cuidados, podendo tornar-se dependentes e vulneráveis, o que pode levá-los a sofrerem diversos abusos, quer no ambiente familiar, quer na instituição onde estejam. (Minayo, 1994).

A violência encarna formas comuns de abuso, como a física, a sexual e a psicológica, conforme referido anteriormente, mas também o uso desapropriado da situação financeira pessoal do idoso está bastante presente (Saliba *et al.*, 2007).

Segundo Day *et al.*, (2003) existe uma enorme frustração e sobrecarga dentro do ambiente familiar devido às limitações do deficiente e idoso, contribuindo para a eclosão de atitudes de negligência e abusos. Também nestes a violência pode ser física, psicológica, sexual ou de negligência.

Apesar do género feminino ser indicado como agressor nalguns casos, é o masculino que predomina, sendo que no caso de vítimas idosas os principais agressores são os filhos. A explicação que estas vítimas encontram para tais atos de violência são o uso de álcool e outras drogas (Galvão e Andrade, 2004).

A identificação e posterior notificação de uma situação de violência representa um importante instrumento de proteção aos direitos do idoso, permitindo conjugar programas solidários e preventivos e reconstituir relações afetivas (Fonseca e Gonçalves, 2003).

4.3.1. Fatores de Risco

A literatura existente revela que os fatores de risco estão associados aos perfis de vítimas e agressores, particularmente em situações de negligência e ao despreparo profissional e pessoal nas diversas ações de cuidados a pessoas com comprometimento físico e mental (Quinn e Tomita, 1990 e Pillemer, 1985).

Lash e Pillemer (2004) referenciam, entre outros fatores de risco de violência, com base em estudos empíricos e anotações clínicas, os seguintes:

- Habitação compartilhada, podendo originar conflito e tensão;
- Comprometimento mental e decorrente agressividade do idoso, causando stress no cuidador;
- Idade elevada e fragilidade do cuidador;
- Isolamento social dos familiares em relação a parentes e amigos;
- Comprometimento físico e funcional do idoso.

4.4. O Doente Mental como Agressor e Vítima

Um doente mental pressupõe, segundo dados da OMS, uma elevada sobrecarga para a família, que muitas vezes leva a uma vida limitada e a sentimentos de grande frustração, podendo desencadear no doente ações de extrema violência. Isto porque, por um lado existe uma enorme limitação de vagas em hospitais psiquiátricos e nem sempre o acesso à medicação é possível, e por outro há um aumento da inserção do doente mental na comunidade, sendo por isso importante de realçar que além de agressor, este doente pode também envergar o papel de vítima, seja de abandono, de violência física, de negligência ou abuso sexual, aos quais se submetem por culpa ou falta de recursos (Day *et al.*, 2003).

Existe uma grande tendência para um efeito bidirecional, especialmente na depressão. Isto é, mulheres que foram abusadas apresentam maior risco de sofrerem problemas mentais, o que as torna mais vulneráveis ao abuso e portanto potenciais agressoras. No entanto, há uma escassez de estudos longitudinais que confirmem as orientações deste efeito. Sabe-se, contudo, que a vivência atual e o tempo vivido aumentam o risco de problemas psicológicos (Hansen, Eriksen e Elklit, 2014).

5. Uso de Substâncias Ilícitas

Segundo Day *et al.*, (2003) na maioria das sociedades e culturas e nos diferentes grupos económicos, existe uma maior taxa de incidência de violência doméstica em consumidores de substâncias psicoativas.

O consumo de álcool e de drogas é claramente referenciado como um dos fatores de maior risco apresentando uma relação direta com comportamentos violentos. Esta indução é traduzida pela falta de inibição do medo, despoletada pelas reações ao álcool e às drogas que acabam por funcionar como um mecanismo de arranque para atos de agressão (Pillon, O'Brien e Chavez, 2005).

Quando se recorre ao conjunto de determinações sociais para explicar a eclosão da conduta violenta, surge sempre a relação entre um quadro social desfavorecido e a violência. Na generalidade, o risco de violência associado ao consumo de drogas ilícitas não se cinge apenas aos efeitos psíquicos de algumas drogas, “promotores da agressão e da vulnerabilidade”, mas também a aspetos relacionados com o tráfico ilegal, ao qual se associa conjuntamente a violência (Lomba, Apóstolo e Cardoso, 2012).

Denota-se ainda a predisposição do abuso de álcool como fator de risco importante para o surgimento de atos violentos interpessoais. Quando consumido de uma forma abusiva é “considerado um fator de risco maior para todo o tipo de ofensas”, pois afeta e aumenta os efeitos de outros fatores de risco. Tais riscos não estão apenas associados a consumidores constantes ou que consomem de uma forma mais abusiva do que o normal, mas também a eventuais pessoas que usufruam destas drogas, mesmo de uma forma leve ou moderada. No caso de indivíduos com algumas demências ou outro tipo de transtornos mentais como esquizofrenia, ou mesmo pessoas impulsivas e pouco tolerantes, o consumo ilegal de drogas ou o abuso de álcool perpetua e pode desencadear atos violentos (Day *et al.*, 2003).

Simão *et al.*, (1997) denotam que os maridos agressores em cerca de 50% dos casos de violência doméstica estavam alcoolizados. Também Soares L, Soares B e Carneiro (1996) apontam que em 30,3% das situações ocorridas o agressor se encontrava alcoolizado no momento da ocorrência ou era alcoólatra. Segundo Deslandes, Gomes e Silva (2000), dados como estes são importantes para perceber a dimensão do problema, no entanto cita que os mesmos “não podem ser entendidos como indicadores de uma relação de causalidade direta”.

6. Prevalência

Num estudo elaborado por Galvão e Andrade (2004), foram analisados 470 casos de violência contra a mulher registados no CAM, da Prefeitura de Londrina, Paraná, obtendo-se os seguintes resultados predominantes:

Parâmetros avaliados	Predominância
<u>Faixa etária</u>	Idade média de 34 anos com desvio padrão de 11 anos.
<u>Estado civil</u>	47,2% são casadas.
<u>Presença de filhos</u>	54% tem um ou dois filhos.
<u>Escolaridade</u>	58,1% não concluiu o ensino básico.
<u>Condição de trabalho</u>	55,8% tem trabalho remunerado.
<u>Vencimento</u>	45,7% recebe menos de dois salários mínimos e 38,7% não apresenta vencimento próprio.
<u>Tipo de violência</u>	56,4% sofre de violência emocional (32,6% tortura psicológica) e 32,1% sofre de violência física (25,5% lesões corporais).
<u>Local da ocorrência</u>	97,4% em ambiente doméstico.
<u>Agressor(a)</u>	73,4% são maridos ou companheiros.
<u>Duração da violência</u>	33% é vítima há um ano e 20,4% há mais de 10 anos.

Tabela 1. Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Galvão e Andrade, (2004).

Garbin *et al.*, (2006) realizaram um estudo em que visavam investigar as lesões corporais e maus-tratos, a natureza da lesão, bem como analisar a prevalência das lesões na cabeça e pescoço:

Parâmetros avaliados	Predominância
<u>Faixa etária</u>	51,5% até aos 15 anos e 18,2% entre os 35-45 anos.
<u>Classificação das lesões</u>	54,5% lesões leves e 18,2% lesões graves.
<u>Agente causador</u>	60,6% por agente contundente e 9,1% por agente cortante.
<u>Região mais afetada</u>	30% cabeça e pescoço, 24,4% membros superiores, 23,3% membros inferiores, 16,7% tronco.
<u>Áreas face lesionadas</u>	Região peri-orbitária, região frontal e dentes.

Tabela 2. Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Garcia *et al.*, (2004).

Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) no seu estudo concluíram os seguintes resultados:

Parâmetros avaliados	Predominância
<u>Faixa etária</u>	47,2% entre os 15-24 anos.
<u>Região mais afetada</u>	28% face, 26,6% cabeça e pescoço, 25% membros superiores anteriores, 16,8% membros inferiores anteriores, 8,4% tronco.

Tabela 3. Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Schraiber, D'Oliveira e Couto, (2006).

Deslandes, Gomes e Silva (2000) realizaram um estudo em que observaram 72 casos de violência contra a mulher em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro, concluindo os seguintes resultados:

Parâmetros avaliados	Predominância
<u>Faixa etária</u>	28,7% entre 18-29 anos e 25,3% entre 30-40 anos.
<u>Estado civil</u>	45,7% são solteiras e 35,7% são casadas.
<u>Tipo de trabalho</u>	23,2% são desempregadas e 16,1% donas de casa.
<u>Vencimento</u>	42,6% recebe entre um a três salários mínimos.
<u>Tipo de violência</u>	91,5% sofre de violência física.
<u>Agente causador</u>	70,4% agressões sem uso de instrumentos e 21,1% agressões com recurso a instrumentos.
<u>Local da ocorrência</u>	83,3% em ambiente doméstico.
<u>Agressor(a)</u>	56,9% são maridos.
<u>Áreas lesionadas</u>	Predominantemente a face e cabeça, seguidas dos braços e mãos (normalmente usados em defesa por parte da vítima), corpo inteiro, região do tronco e por fim membros inferiores.

Tabela 4. Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Deslandes, Gomes e Silva, (2000).

Jong (2000) refere a prevalência do rosto e membros como as áreas mais atingidas.

Outro estudo efetuado, desta vez por Garcia *et al.*, (2008), revela os seguintes dados:

Parâmetros avaliados	Predominância
<u>Faixa etária</u>	70% entre 18-39 anos.
<u>Estado civil</u>	50,3% vive com o companheiro e 40,8% é casada.
<u>Escolaridade</u>	52,6% ensino fundamental incompleto.
<u>Tipo de trabalho</u>	41% são domésticas e donas de casa.
<u>Tipo de violência</u>	36,2% sofre de violência emocional e 35,9% sofre de violência física.
<u>Agressor(a)</u>	97,6% são do género masculino.
<u>Causa da agressão</u>	36,9% por vícios e 19,9% por ciúme.
<u>Local da ocorrência</u>	85% no ambiente doméstico.

Tabela 5. Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Garcia *et al.*, (2008).

Rezende *et al.*, (2007) propuseram descrever num estudo, dados referentes às lesões corporais na região peribucal, em que analisaram 108 casos de mulheres vitimizadas, do setor de Odontologia do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) de Belo Horizonte. Eis os resultados obtidos:

Parâmetros avaliados	Predominância
<u>Faixa etária</u>	70,4% entre 20-39 anos, média de 30,3.
<u>Estado civil</u>	63% são solteiras e 20,4% casadas.
<u>Tipo de trabalho</u>	24% são domésticas e 21% donas de casa.
<u>Tipo de violência</u>	92% sofre de violência física.
<u>Agressor(a)</u>	25% são companheiros.
<u>Agente causador</u>	49,1% são agressões nuas (sem uso de instrumentos).
<u>Tipo de lesão</u>	<p>47,5% lesão dos tecidos moles: laceração – 49,6%.</p> <p>18,6% lesão de tecidos duros e polpa: fratura de esmalte e dentina – 37,8%.</p> <p>29,34% lesão dos tecidos periodontais: concussão – 40,9% e subluxação dentária, luxação extrusiva e luxação lateral – 33,8%.</p> <p>4,5% lesão dos tecidos ósseos: fratura do processo alveolar e fratura da mandíbula – 18,2%.</p>

Tabela 6. Parâmetros avaliados na Violência Doméstica. Adaptado de Rezende *et al.*, (2007).

7. Intervenção do Médico Dentista

A violência doméstica constitui um crime social, sendo a mulher a figura familiar mais afetada, em que as agressões de cariz físico são as que melhor permitem identificar tais situações, com auxílio dos profissionais de saúde, nomeadamente do Médico Dentista. No que diz respeito aos cuidados por parte do profissional de saúde oral, é nesta área que a violência doméstica, de um modo geral, se torna o parâmetro mais diagnosticado, visto a maior parte das lesões se darem na região da cabeça, face e pescoço (Silva *et al.*, 2010).

Silva (2001) considera o Médico Dentista como o profissional que mais contacto tem com a vítima, visto que 50% das lesões advindas da violência correspondem a traumas orofaciais. Assim sendo, é da responsabilidade deste diagnosticar, identificar, encaminhar e se necessário tratar estes casos.

Também Deslandes, Gomes e Silva (2000) referem a importância desta patente, uma vez que a seguir ao Ortopedista, o Médico Dentista é o profissional mais requisitado no setor de emergência hospitalar.

Segundo Massoni *et al.*, (2010) todos os profissionais de Medicina Dentária devem estar atentos a problemas como os maus-tratos e negligência dentária infantil.

Apesar da capacidade e dever do Médico Dentista na identificação destes casos, nem sempre este tem o hábito de registá-los e denunciá-los. Tal acontece por vários motivos:

- Falta de confiança no diagnóstico;
- Desconhecimento da área de intervenção;
- Receio de confrontar e lidar com os pais bem como envolver-se;
- Recusa em acreditar que os pais são negligentes.

7.1. Manifestações Orais do Abuso Físico

Quando não existem evidências de manifestações físicas, é difícil a identificação destas vítimas por parte dos profissionais de saúde, pois por vezes as manifestações psicológicas são as únicas presentes e de difícil diagnóstico, em que a mulher sofre de uma violência silenciosa.

Contudo, quando presentes, a região da cabeça, face e pescoço, são as áreas mais afetadas, ressaltando-se aqui a importância do Médico Dentista (Rezende *et al.*, 2007).

Massoni *et al.*, (2010) refere que a maior parte dos ferimentos que advêm dos maus-tratos infantis envolvem a região oro-facial:

- Cabeça;
- Face;
- Boca.

Isto leva a que a vítima seja levada para tratamento dentário, colocando o Médico Dentista numa posição oportuna para identificar essas vítimas. Frequentemente ocorrem traumas na cavidade oral nos casos de abuso infantil uma vez haver uma associação psicológica com a pessoa agredida (Needleman, 1986).

Rezende *et al.*, (2007) realizaram um estudo em que foram levantados registos de mulheres vítimas de violência doméstica do INML de Belo Horizonte, de modo a estudar as lesões corporais no complexo estomatognático. Assim, dividiram-nas em grupos:

Lesões dos tecidos moles:

- Abrasão que envolve escoriações;
- Contusão;
- Lacerações.

Lesões dos tecidos duros e polpa:

- Infração ao esmalte (fissura da coroa dentária);
- Fratura de esmalte;
- Fratura de esmalte e dentina sem complicações (sem exposição pulpar);
- Fratura complicada da coroa (de esmalte e dentina com exposição pulpar);
- Fratura da coroa e raiz sem complicações (esmalte, dentina e cimento sem exposição pulpar);
- Fratura complicada da coroa e da raiz (esmalte, dentina e cimento com exposição pulpar);
- Fratura da raiz.

Lesões dos tecidos periodontais:

- Concussão;
- Subluxação;
- Luxação extrusiva;
- Luxação intrusiva;
- Luxação lateral;
- Avulsão.

Lesões dos tecidos ósseos:

- Fratura da parede alveolar (tábua óssea alveolar);
- Fratura do processo alveolar na maxila ou na mandíbula;
- Fratura da maxila ou da mandíbula.

Outros autores como Jessee (1995), Tsang e Sweet (1999), Marques e Colares (2003), Dubowitz e Bennet (2007) e Hendler e Sutherland (2007), classificaram também as manifestações orais, direcionadas para o abuso físico infantil, da seguinte forma:

- Lábios:
 - Hematoma;
 - Lacerações;
 - Cicatrizes do trauma persistente;
 - Queimaduras causadas por alimentos quentes ou cigarros;
 - Equimose;
 - Arranhões ou cicatrizes nas comissuras, indicativos da utilização de mordedura.
- Boca:
 - Lacerações no freio labial ou lingual, causadas por beijos, alimentação ou sexo oral forçados, os quais são sinais característicos de casos severos do abuso de criança;
 - Queimaduras ou lacerações na gengiva, língua, palato ou soalho da boca, causadas por alimento ou utensílios quentes.
- Dentes:
 - Fraturados;
 - Deslocados;
 - Com mobilidade;
 - Avulsionados;
 - Raízes residuais múltiplas sem história plausível para esclarecer os ferimentos.
- Maxila ou mandíbula:
 - Sinais de fratura passada ou atual;
 - Côndilos, ramos, sínfise, bem como má-oclusão incomuns resultando de trauma anterior.

É necessário redirecionar também a atenção para ferimentos próximos à cavidade oral que envolvam outras partes do corpo, tais como (Massoni *et al.*, 2010):

- Hemorragia da retina;
- Ptose e hematoma periorbital;
- Contusões e fraturas nasal;
- Danos na membrana timpânica com hematoma na orelha.

As marcas de mordida são outro tipo de manifestação oral muito estudado. Normalmente estão associadas a algum tipo de abuso físico ou sexual em crianças, aparecendo de diferentes formas dependendo das circunstâncias em que são provocadas. São caracterizadas como hematomas e por estarem muito presente na infância são de difícil diagnóstico. Em certas situações apenas conseguem ser provadas como forma de abuso quando a natureza dos ferimentos é incoerente com o discurso do responsável e da criança.

Normalmente uma marca de mordida apresenta uma forma oval ou circular sendo que com exames específicos é possível identificar o “dente de forma individual e a forma do arco” (Massoni *et al.*, 2010).

Entre as marcas dos dentes poderá aparecer uma área hemorrágica que representará o ato de sugar ou empurrar a língua durante a mordida. Estas são identificadas através de característica do agressor, tais como (Avon, 2004):

- Forma e particularidades da dentição;
- Características anatómicas específicas do suspeito.

As impressões dentárias tornam-se mais visíveis após dois ou três dias da agressão uma vez que o aspeto da mordida muda à medida que o edema diminui e o tecido se começa a reparar (Jessee, 1995).

Distinguir a marca de mordida humana da animal é outro aspeto relevante para que seja realizada uma correta identificação. Geralmente a humana é mais superficial apresentando hematomas ou abrasões, ao contrário da animal que atinge uma maior profundidade podendo apresentar lacerações e até avulsão dos tecidos. Além da observação é essencial fotografar e incluir na fotografia uma régua milimétrica ou qualquer outro objeto que seja fácil reproduzir, a acompanhar toda a área lesionada de modo a fazer a medição de mordida bem como outros aspetos relevantes na comparação desta com as características dentárias do suspeito (Avon, 2004).

Deste modo, segundo o mesmo estudo é importante que os profissionais de saúde oral reconheçam a envergadura da sua intervenção no “reconhecimento da evidência de marcas de mordida”, bem como no registo das informações e prevenção da prova (Jessee, 1995).

7.2. Manifestações Orais do Abuso Sexual

Nem sempre existem sinais físicos óbvios. Quando presentes são fortes indicadores de abuso sexual, apresentando-se como (Louzado *et al.*, 2001):

- Eritemas;
- Úlceras;
- Vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosa;
- Lesões condilomatosas nos lábios, língua, palato ou na faringe, nos quais poderão estar associadas as seguintes patologias:
 - Gonorreia (a mais frequente Doença Sexualmente Transmissível entre as crianças que sofreram abuso sexual. Pode aparecer sintomatologicamente nos lábios, na língua, no palato, na face e, em especial, na faringe, variando de eritema à ulceração e de lesões vesículo-pustular a pseudomembranosa. Um teste positivo para gonorreia numa criança indica geralmente abuso);
 - Condiloma acuminado (causado pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), é uma lesão única ou múltipla, pedunculada, com aspeto de couve-flor);
 - Sífilis (pápulas nos lábios ou pele da região perioral. Porém, é raramente encontrada em crianças. Um teste positivo para o *treponema pallidum* sugere fortemente o abuso sexual);
 - Eritema e petéquias (quando presentes na junção dos palatos duro e mole ou soalho da boca, podem ser sinais de sexo oral forçado).

7.3. Manifestações Orais da Negligência Dentária

Segundo a American Academy of Pediatric (1984), a negligência dentária pode ser definida como a falta de procura do tratamento para cárie visualmente não tratada, infecções orais e dor, por parte dos pais ou responsáveis, ou o não seguimento completo do tratamento, após estarem informados dessa condição oral da criança.

No entanto diagnosticar a negligência dentária nem sempre é fácil, uma vez que podem estar na base desta aspetos relevantes como (Jessee, 1995):

- Financeiros;
- Intelectuais;
- Sociais.

Tsang e Sweet (1999) consideram os seguintes indicadores para a negligência odontológica:

- Cárie rompante não tratada;
- Sintomatologia dolorosa sem procura de tratamento;
- Infecção;
- Sangramento ou trama afetando a região orofacial;
- Falta de continuidade do tratamento da patologia identificada.

7.4. Diagnóstico e Identificação dos Casos

Apesar da importância de uma equipa multidisciplinar na intervenção de casos de violência doméstica, nota-se um despreparo dos profissionais de saúde que muitas vezes tratam as lesões físicas mas não sinalizam os casos como atos de violência a serem punidos, mesmo quando declarados pelas vítimas (Garbin *et al.*, 2006).

Muitos profissionais focam a sua atenção apenas nas lesões físicas, subestimando a importância do acontecimento, o que pode relacionar-se com a falta de preparação ou o não querer envolver-se nos casos (Saliba *et al.*, 2007).

Caso Clínico

Silva *et al.*, (2010) num estudo efetuado relatou dois casos de vítimas de violência doméstica em que houve envolvimento de lesões na área da cabeça, face e pescoço.

Num dos casos que melhor evidencia a intervenção do Médico Dentista, apresenta:

Vítima	Adulta
Género	Feminino
Idade	23 Anos
Estado civil	Casada
Agressor	Marido
Tipo de violência	Física
Agressão	Socos e murros
Área lesionada	Face
Motivo	Ciúme

A vítima recebeu atendimento médico e dentário no dia da ocorrência e posteriormente apresentou a denúncia por agressão num posto policial.

De seguida foi encaminhada ao Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), comparecendo apenas para a perícia no dia a seguir ao sucedido.

Durante o exame clínico dento-legal, constatou-se:

- Laceração dos tecidos periodontais na região de incisivos superiores esquerdos;
- Avulsão do dente 21;

- Luxação extrusiva do dente 22, que apresentava mobilidade acentuada, inclusive em posição cruzada quando colocado em oclusão;
- As lacerações e a equimose gengival, associadas ao deslocamento palatino do dente 22, sugeriam fratura da cortical alveolar palatina, mesmo que incompleta.

Radiograficamente, constatou-se que:

- A perda dentária do referido incisivo central era recente;
- O dente 22 apresentava um alargamento do espaço periodontal, indicando a extrusão desse elemento dentário.

Após avaliação do Médico Dentista foram propostas duas opções terapêuticas:

- Fixação do dente 22, associada a tratamento endodôntico;
- Extração do referido dente.

De acordo com a condição socioeconômica da paciente e o prognóstico do caso (desfavorável, pela possibilidade de reabsorção radicular), optou-se pela extração do dente 22.

7.5. Documentação dos Procedimentos Efetuados

Segundo Saliba *et al.*, (2007) é de extrema importância a notificação da violência doméstica pelos profissionais de saúde pois contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas.

Muitos são os casos que não são reportados e portanto dos quais não se tem conhecimento, realidade que por vezes só é conhecida em caso de vítimas fatais, o que vai de encontro ao aumento da reincidência dos agressores, por falta de ações que interrompam os seus comportamentos. Deste modo, é essencial conhecer os fatores que envolvem este tipo de violência, para que seja possível evitar tais reincidências e apresentar soluções para os problemas dela advindos (Rezende *et al.*, 2007).

É de extrema importância ético-legal, que seja feito um adequado registo de diagnóstico e procedimentos efetuados nas vítimas, para que assim seja possível, se solicitado, subsidiá-las com uma intervenção dento-legal e com um processo judicial contra o agressor (Silva *et al.*, 2010).

8. Apresentação Legal

Segundo Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) os profissionais tendem a compreender a violência doméstica como problemática que pouco diz respeito à assistência médica, valorizando em primeiro plano a intervenção da Segurança Pública e da Justiça.

A falta ou a escassez dos dados disponíveis pode camuflar a realidade de números que expressam a violência. Inicialmente a vítima apresenta-se num posto policial ou recorre de imediato aos cuidados de saúde, dependendo da gravidade das lesões. Por cada local e etapa que passa, submete-se ao preenchimento de formulários de identificação e registo, que acabam por apresentar a mesma informação. No entanto, nem sempre isso acontece, ou por desconcordância no cruzamento dos dados ou por falta de informação que à partida seriam relevantes para o estudo do caso. Tais situações podem acontecer devido à presença de grande stress, onde por vezes os profissionais responsáveis realizam os registos de forma intempestiva, ou por falta de conhecimento, preparação e capacidade para fazerem uma correta intervenção (Rezende *et al.*, 2007).

Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade e o dever de notificar os casos de violência doméstica com que se deparam, sob pena de poderem responder por omissão (Saliba *et al.*, 2007).

Têm sido alcançados feitos políticos cruciais na área da violência doméstica nos últimos anos em que o Estado legislou e fez cumprir políticas que fortalecem e protegem o poder das mulheres em situação de violência. No entanto, e apesar das modificações legais, de acordo com a análise dos dados judiciais, parece sugerir que “há ainda um longo caminho a percorrer”. Tal verifica-se a vários níveis (Duarte, 2012):

- Decisões judiciais que nem sempre valorizam a violência exercida sobre as mulheres;
- Medidas de coação que não protegem as vítimas;
- Sanções que traduzem um sentimento de impunidade pelos agressores;
- Processos demasiado morosos e indemnizações insuficientes atribuídas às vítimas.

8.1. Legislação sobre a Violência Doméstica - Código Penal Português

O crime de violência doméstica está consubstanciado no Código Penal. O artigo 152.º do Código Penal Português – Lei 59/2007, publicada no Diário da República a 4 de Setembro de 2007 decreta o seguinte:

1 - Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

- a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;
- b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
- c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou
- d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite.

é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2 - No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3 - Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

- a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;
- b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

4 - Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas,

pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5 - A pena acessória de proibição de contacto com a vítima deve incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento deve ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

6 - Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de 1 a 10 anos.

9. Discussão

Com o aumento em grande escala da violência, têm sido efetuadas várias investigações no sentido de melhorar o sistema de saúde no que respeita ao atendimento das vítimas após as agressões e no acompanhamento das sequelas produzidas, contribuindo também para a prevenção de novos casos (Rezende *et al.*, 2007).

Este tipo de violência ganha maior visibilidade quando os casos são notificados, permitindo uma melhor perceção da realidade e a criação de programas de prevenção (Saliba *et al.*, 2007), sendo deste modo essencial uma articulação dos serviços de saúde para uma melhor integração e assistência às vítimas, assim como o desenvolvimento de ações preventivas (Galvão e Andrade, 2004).

No que respeita ao papel desempenhado pela Saúde Pública na criação de planos de promoção de saúde e ações de prevenção, o trabalho que tem sido feito leva à invisibilidade da violência (Nunes, Sarti e Ohara, 2008).

Na maioria destes casos, as agressões ocorrem sobretudo dentro de casa, afetando principalmente crianças, mulheres e idosos (Neumann, 2002).

Segundo Heise e Garcia (2002) pelo menos uma em cada três mulheres já foi vítima deste tipo de violência, nas diferentes formas de abuso, seja físico, sexual ou psicológico.

Para alguns autores como Tsang e Sweet (1999) e Naidoo (2000), os problemas familiares, sejam eles financeiros, separação, doença, uso de drogas ou desemprego, podem também contribuir para os maus-tratos. O nível socioeconómico, bem como o tipo e a duração do abuso, são fatores importantes a incluir na análise da relação da violência entre parceiros e o risco de saúde mental.

Ao mesmo encontro vão Hansen, Eriksen e Elklit (2014) que consideram o grau de ensino superior e a situação de empregabilidade como também eles fatores contra a exposição da violência entre géneros.

Num estudo efetuado por Galvão e Andrade (2004), apesar das vítimas serem mulheres de classes sociais baixas, sabe-se que “a dependência económica não é o único fator que leva as mulheres a permanecerem com os homens agressores”. É importante considerar também a dependência emocional, os aspetos culturais associados à construção da identidade e do papel do homem e da mulher, que acabam por determinar a forma como se expressam as relações de submissão e dominação entre géneros.

No entanto, Deslandes, Gomes e Silva (2000) referem que a maioria dos relatos de mulheres vitimizadas é feito de uma forma espontânea, existindo apenas, no estudo que realizaram, cinco casos em que estas sentiram maior constrangimento e receio. Contudo, uma grande percentagem quando procura os cuidados de saúde, sente vergonha e medo em revelar a origem das suas lesões.

Normalmente estas lesões aparecem em maior escala na face, cabeça, colo e abdómen Jaramillo e Uribe (2001).

Para Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) a escolha da face por parte do agressor reflete a humilhação que este pretende provocar na vítima, ao tornar visível a lesão e deste modo destruir a sua “imagem”.

Em alguns casos, a vítima refere não ser a primeira vez que é agredida, o que vai de encontro ao que relatou Saffioti (1997): 83% sofreu agressão física apenas uma vez, 8% duas vezes e 9% três ou mais vezes.

Contudo, Tavares (2000) no estudo que efetuou, refere os braços e as pernas como as regiões mais afetadas, o que segundo este pode representar uma resposta defensiva por parte da vítima perante a agressão.

É portanto, de extrema necessidade uma correta colheita de dados e informação detalhada da violência contra as mulheres e mais rigor nos exames periciais efetuados (Rezende *et al.*, 2007).

Acrescenta ainda que uma vez as lesões buco-dentárias apresentarem uma elevada prevalência, representam maior responsabilidade na detecção e intervenção por parte da equipa dentária na prestação do atendimento.

III - Conclusão

- A violência doméstica requer da parte de todos os cidadãos a denúncia, pois trata-se de uma problemática que afeta qualquer estado social, etnia, idade, gênero, encarnando diversas formas e níveis de gravidade.
- Cabe aos peritos, sejam da segurança pública ou profissionais de saúde, conhecer o protocolo a seguir bem como as medidas a adotar, trabalhando em conjunto com uma equipa multidisciplinar e capacitada.
- Qualquer pessoa pode tornar-se uma vítima e potencial agressora, dependendo da cultura em que esteja inserida, costumes, educação e da presença de fatores psicológicos como distúrbios mentais, demências ou outras patologias com fatores de risco associados.
- As mulheres apresentam maior taxa de incidência, principalmente no que toca a danos físicos, cuja maioria dos atos de violência são provocados pelos maridos ou companheiros, principalmente dentro do ambiente doméstico.
- No caso de crianças e jovens que tenham sido abusados, podem apresentar tardiamente distúrbios de sexualidade, ou mesmo tornarem-se futuros agressores.
- As lesões corporais e os maus-tratos variam quanto à classificação, agente causador, local e idade das vítimas. A cabeça, face e pescoço são as regiões mais afetadas.
- É necessário que hajam mais serviços preparados para lidar com estas ocorrências e que sejam implementados programas que auxiliem tanto os profissionais na sua prática como a sociedade em geral.

IV - Bibliografia

American Academy of Pediatric. *et alli.* (2006). Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent*, 27, pp. 64-67.

Anacleto, A. *et alli.* (2009). Prevalence of intimate partner violence and associated factors: a population-based study in Lages, Santa Catarina State, Brazil, 2007. *Cad. Saúde Pública*, 25 (4), pp. 800-808.

APAV. [Em linha]. Disponível em < http://apav.pt/apav_v2/index.php/pt/>. [Consultado em 25/01/14].

Avon, S. (2004). Forensic Odontology: The Roles and Responsibilities of the Dentist. *J Can Dent Assoc*, 70 (7), pp. 453-458.

Azambuja, M. e Nogueira, C. (2010). Qual a importância da violência contra mulheres na Revista Portuguesa de Saúde Pública. *Violência*, 28 (1), pp. 57-65.

Berkowitz, D. (1995). Pediatric abuse: new patterns of injury. *Emerg Med Clin North Am*, 13, pp. 321-341.

Brito, A. *et alli.* (2005). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, pp. 143-149.

Caminha, R. (2000). A violência e seus danos à criança e ao adolescente. Brasília, *Amencar*. pp. 43-60.

Committee on Child Abuse and Neglect. (1984). Recommendations of the Academy Board of Directors. *American Academy of Pediatric*. Elk Grove Village.

Day, V. *et alli.* (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *R. Psiquiatr.* pp. 9-21.

Deslandes, S., Gomes, R. e Silva, C. (2000). Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 16 (1), pp. 129-137.

Diário da República. (2013). V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014-2017. [Em linha]. Disponível em <<https://dre.pt>>. [Consultado em 27/09/14].

Duarte, M. (2012). O lugar do Direito nas políticas contra a violência doméstica. *CES – Universidade de Coimbra*, 25, pp. 59-73.

Dubowitz, H. e Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *Child Care Health Dev*, 33.

Ferreira, L. (2002). O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público. [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Fonseca, M. e Gonçalves, H. (2003). Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção. *Inter Psicol*, 7 (2), pp.121-128.

Gabel, M. (1997). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo, Summus Editorial.

Galvão, E. e Andrade, S. (2004). Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. *Saúde Soc*, 13, pp. 88-99.

Garbin, C. *et alli*. (2006). Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad. Saúde Pública*, 22 (12), pp. 2567-2573.

Garcia, M. *et alli*. (2008). Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24 (11), pp. 2551-2563.

Hansen, B., Eriksen, B. e Elklit, A. (2014). Effects of an intervention program for female victims of intimate partner violence on psychological symptoms and perceived social support. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, pp. 1-30.

Heise, L. e Garcia, C. (2002). Violence by intimate partners. In: Krug, E. *et alli*. (Ed.). *World report on violence and health*. Geneva. World Health Organization. pp. 7-122.

Hendler, T. e Sutherland, S. (2007). Domestic Violence and its Relation to Dentistry: A Call for Change in Canadian Dental Practice. *J Can Dent Assoc*, 73 (7), pp. 617-617f.

Herrera, C. e Agoff, C. (2006). Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. *Cad Saude Publica*, 22 (11), pp. 2349-2357.

Houston, A., Launer, J. e Roberts, R. (1990). Suspected child sexual abuse. *Practitioner*, 234, pp. 747-750.

Jaramillo D e Uribe M. (2001). Rol del personal en la atención a las mujeres maltratadas. *Invest Educ Enferm*, 19, pp. 38-45.

Jessee, S. (1995) Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey. *J Dent Child*, 62, pp. 245-249.

Johnson, C. (2002). Child maltreatment: Recognition, reporting and risk. *Pediatrics Pediatr Int*, 44, pp. 554-560.

Jong, L. (2000). Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Kalache, A., Ramos, L. e Veras, R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saude Publica*, 21 (3), pp. 211-224.

Lash, M. e Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet*, 364, pp. 1263-1272.

Lomba, M., Apostolo, J. e Cardoso, D. (2012). Violencia em ambientes recreativos noturnos de jovens portugueses. Relação com consumo de álcool e drogas. *Esc Anna Nery*, 16 (3), pp. 500-507.

Loredo, A., Trejo, J. e Bustos, V. (1999). Resident documentation of diagnostic impression in sexual abuse evaluations. *Clin Pediatr*, 38 (1).

Louzado, M. *et alli*. (2001). Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente. *Rev Bras Odontol*, 58 (1), pp. 33-34.

Marques, C. e Colares, V. A identificação do abuso infantil pelo odontopediatra. *J Bras Clin Odontol Integr*, 7, pp. 512-515.

Massoni, A. (2010). Aspetos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (2), pp. 403-410.

Minayo, S. (2004). A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Editorial. Cad Saúde Pública*, 20, pp. 646-647.

Minayo, M. (1994). A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad Saude Publica*. pp. 7-18.

Muram, D. (1995). Child sexual abuse. *Obstet Ginecol Clin North Am*, 17, pp. 372-5.

Naidoo, S. (2000). A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Negl*, 24, pp. 521-534.

Needleman, H. (1986). Orofacial trauma in child abuse: types, prevalence, management, and the dental profession's involvement. *Pediatr Dent*, 8, pp. 71-80.

Neumann, Z. (2002). Prevenção da violência intrafamiliar: a paz começa em casa. *Rev da Saude*, 3, pp. 47-48.

Nunes, C., Sarti, C. e Ohara, C. (2008). Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16 (1).

Pillemer, K. (1985). Domestic violence against the elderly: a control study [doctoral dissertation]. Waltham, Massachusetts, Boston: Dept. of Sociology, Brandeis University.

Pillon, S., O'Brien, B. e Chavez, K. (2005). A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. *Rev Lat-Am Enfermagem*, 13 (2), pp.1169–1176.

Queiroz, Z., Lemos, N. e Ramos, L. (2010). Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, pp. 2815-2828.

Quinn, M. e Tomita, S. (1990). Elder abuse and neglect: causes, diagnosis and intervention strategies. *New York: Springer Publishing Company*.

Rezende, E. *et alli*. (2007). Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no INML de Belo Horizonte, MG. *Rev Bras Epidemiol*, 10 (2), pp. 202-214.

Rocha, I. (2014). *Código Penal*. Porto, Porto Editora.

Saffioti, H., (1997). No fio da navalha: Violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: Madeira, F. (Ed.) *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre Crianças e Adolescentes Pobres no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Record/Rosa dos Tempos. pp. 135-211.

Saliba, O. *et alli*. (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*, 41 (3), pp. 472-477.

Sarti, C. (2005). Violência familiar. In: Abrahão, A. *et alli* (Ed.). *Condicionantes da violência. Seminário sobre as interfaces da violência*; São Paulo, São Paulo. UNIFESP. pp. 1-10.

Schraiber, L., D'Oliveira, A. e Couto, M.(2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saúde Pública*, 40, pp. 112-120.

Silva, M. (2001). Avaliação da conduta cirurgião-dentista frente à violência doméstica contra crianças e adolescentes: violência física [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Silva, R. *et alli*. (2010). Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. *Rev Sul-Bras Odontol*, 7, pp. 110-116.

Simão, M. *et alli*. (1997). Alcoolismo feminino: Revisão de aspetos relacionados à violência. *Revista ABP-APAL*, 19, pp. 139-148.

Soares, L., Soares, B. e Carneiro, L. (1996). Violência contra a mulher: As DEAMs e os pactos domésticos. In: Soares, L. (Ed.). *Violência e Política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Editora Relume-Dumará/ISER. pp. 65-106.

Souza, E., Assis, S. e Alzuguir, F. (2002). Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. *Rev. bras. saúde matern. Infant*, 2 (2), pp. 105-116.

Tavares, D. (2000). Violência doméstica: uma questão de saúde pública [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Tsang, A. e Sweet, D. (1999). Detecting Child Abuse and Neglect - Are Dentists Doing Enough?. *J Can Dent Assoc*, 65, pp. 387-391.

Vitiello, N. e Coelho, G. (1998). Violência sexual contra crianças e adolescentes: critérios de suspeita. *Femina*, 16, pp. 1012-1013.

Webermann, R., Brand, L. e Chasson, S. (2014). Childhood maltreatment and intimate partner violence in dissociative disorder patients. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, pp. 1-26.